



Schulkreis BeLoSe
Friedhofstrasse 2
4512 Bellach

Verzichtserklärung

Hiermit bestätigen wird, dass die jährliche Gebiss-Kontrolle von unserem Kind durch unseren Privatzahnarzt / unsere Privatzahnärztin durchgeführt wird.

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Name/Vorname Eltern:

Strasse:

Ort:

Telefon-Nr.:

Somit **verzichten** wir auf die obligatorische Untersuchung im Rahmen der Schulzahnpflege des Schulkreises BeLoSe. Wir **bestätigen** von den nachstehenden §§ des Reglements über die Schulzahnpflege des Schulkreises BeLoSe Kenntnis genommen zu haben:

§7

A. Untersuchung

- b) Die Erziehungsberechtigten können die jährliche, obligatorische Reihenuntersuchung auch durch eine andere Zahnärztin oder einen anderen Zahnarzt durchführen lassen. Die Erziehungsberechtigten haben diesfalls dem Zweckverband Schulkreis BeLoSe gemäss § 48 Abs. 3 GesG **Rechenschaft** über die erfolgte Untersuchung abzulegen. Die Kosten für die Untersuchung durch eine andere Zahnärztin oder einen anderen Zahnarzt sind vollumfänglich durch die Erziehungsberechtigten zu übernehmen.

B. Behandlung

- a) Die Behandlungen können durch die Schulzahnärztin oder den Schulzahnarzt oder durch eine andere Zahnärztin oder einen anderen Zahnarzt durchgeführt werden.
- b) Die Erziehungsberechtigten haben schriftlich zu erklären, ob die schulpflichtigen Kinder oder Jugendlichen durch die Schulzahnärztin oder den Schulzahnarzt oder eine frei zu bestimmende Zahnärztin oder einen frei zu bestimmenden Zahnarzt zu behandeln sind.
- c) Die Kosten für die Behandlungen durch eine andere Zahnärztin oder einen anderen Zahnarzt sind vollumfänglich durch die Erziehungsberechtigten zu übernehmen.

Ort / Datum:

Unterschrift eines Elternteils:

.....

.....